



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA



Universidade de Brasília

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

GIANNY ACOSTA GARCIA

**INFLUÊNCIA DA IDADE NA PERCEPÇÃO DE SAÚDE, NA ADESÃO A  
ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E NO DESEMPENHO FÍSICO-  
FUNCIONAL DE IDOSOS DE CEILÂNDIA-DF: um olhar para octagenários**

BRASÍLIA  
2019

GIANNY ACOSTA GARCIA

**INFLUÊNCIA DA IDADE NA PERCEPÇÃO DE SAÚDE, NA ADESÃO A  
ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E NO DESEMPENHO FÍSICO-  
FUNCIONAL DE IDOSOS DE CEILÂNDIA-DF: um olhar para octagenários**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade de Brasília –  
UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel  
em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Azevedo  
Garcia

BRASÍLIA  
2019

GIANNY ACOSTA GARCIA

INFLUÊNCIA DA IDADE NA PERCEPÇÃO DE SAÚDE, NA ADEÇÃO A  
ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E NO DESEMPENHO FÍSICO-  
FUNCIONAL DE IDOSOS DE CEILÂNDIA-DF: um olhar para octagenários

Brasília, 05/12/19

COMISSÃO EXAMINADORA

Patrícia A. Garcia

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Patrícia Azevedo Garcia  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB  
Orientadora

Aline Araújo do Carmo

Profa. Dra. Aline Araújo do Carmo  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Cristiane de Almeida Nagata

Fisioterapeuta Ms. Cristiane de Almeida Nagata  
Prefeitura Municipal de Goiânia

### **Dedicatória**

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

À minha esposa e filho, por sua capacidade de acreditar em mim.

À professora Patricia Azevedo pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste TCC.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

Sou grato à minha família pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida.

Deixo um agradecimento especial a minha orientadora Patricia Azevedo pelo incentivo, pela dedicação ao meu projeto de pesquisa e por sempre estar presente para indicar a direção correta que o trabalho deveria tomar.

À minha querida esposa Zayli Rodriguez e meu filho Guilherme pelo seu amor incondicional e por compreender minha dedicação ao projeto de pesquisa.

A meus amigos do curso de graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Também quero agradecer à Universidade de Brasília (UnB) e a todos os professores do meu curso pela elevada qualidade do ensino oferecido.

“Anticipar é a arte de salvar.” José Martí.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Comparar aspectos relacionados à percepção de saúde, à adesão a atividades de promoção à saúde e ao desempenho físico-funcional entre idosos sexagenários, septuagenários e octagenários. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo com delineamento observacional, transversal e analítico. A amostra de conveniência foi extraída de um banco de dados de 428 idosos. As variáveis de estudo foram categorizadas em três grupos: variáveis demográficas, clínicas e físico-funcionais. A coleta dos dados foi realizada em um único dia, com duração de aproximadamente uma hora. As variáveis de estudo foram comparadas entre os grupos de idosos por meio dos testes qui-quadrado ou Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** O grupo de idosos octagenários apresentou um percentual significativamente menor de mulheres, apresentou-se mais sedentário, relatou menor participação em grupos dos centros de saúde, revelou maior frequência de quedas no ano anterior que os demais grupos, e maior percentual de idosos avaliou seu estado de saúde como muito bom/bom ou ruim/muito ruim. Esses idosos apresentaram pior mobilidade funcional e maior desequilíbrio dinâmico quando comparados aos idosos sexagenários. E menor força muscular de membros inferiores quando comparados aos idosos septuagenários e sexagenários. **CONCLUSÃO:** os idosos octagenários apresentam maiores deficiências em componentes de força muscular, mobilidade e equilíbrio corporal, caem mais, são mais inativos e menos participativos em grupos dos centros de saúde, entretanto percebem melhor seu estado de saúde quando comparados aos sexagenários e septuagenários.

**Palavras-chave:** Idoso, octogenários, promoção de saúde, percepção de saúde.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To compare aspects related to health perception, adherence to health promotion activities, and physical-functional performance among sixty-year-old, seventy-year-old and eighty-year-old elderly. **METHODS:** This is an observational, cross-sectional and analytical study. The convenience sample was extracted from a database of 428 elderly. Study variables were categorized into three groups: demographic, clinical and physical-functional variables. Data collection was performed on a single day, lasting approximately one hour. The study variables were compared between the elderly groups using the chi-square or Kruskal-Wallis tests. **RESULTS:** The group of elderly aged 80 years presented a significantly lower percentage of women, was more sedentary, reported lower participation in health center groups, showed a higher frequency of falls in the previous year than the other groups, and a higher percentage of elderly evaluated their health as very good / good or bad / very poor. These elderly presented worse functional mobility and greater dynamic imbalance when compared to the sixty-year-old elderly. And lower muscle strength of the lower limbs when compared to the septuagenarian and sexagenarian elderly. **CONCLUSION:** Octogenarian elderly have greater deficiencies in muscle strength, mobility and body balance components, fall more, are more inactive and less participatory in health center groups, however they perceive their health better when compared to sexagenarians and septuagenarians.

**Key words:** Elderly, octogenarians, health promotion, health perception.



## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

**Figura 1.** Fluxograma da amostra ..... 15

**Tabela 1.** Caracterização demográfica, clínica, física e funcional da amostra 16

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 - MÉTODOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3 - RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4 - DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>5 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICE B – Ficha de avaliação clínica das Escolas de Avós .....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICE C – Ficha de avaliação funcional das Escolas de Avós .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO B – Normas da Revista Científica .....</b>	<b>29</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, atualmente, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (1). Há duas formas de classificar o envelhecimento: o critério demográfico por faixa de idade, ou seja, a do velho-jovem que vai dos 60 a 79 anos, a chamada “terceira idade”; e a do velho-velho, de 80 anos ou mais, a “quarta idade”. O outro parâmetro é individual. A população idosa já ultrapassou 30 milhões em 2017, sendo que o segmento que mais cresce é o de 80 anos ou mais, ou seja, idosos longevos (2).

O processo de envelhecimento envolve alterações em todos os sistemas do organismo humano, observando-se declínios significativos das capacidades físicas e funcionais (3). Adicionalmente, o aumento da idade cronológica é acompanhado por alterações psicológicas (sentimento de velhice, estresse, depressão) e por diminuição do nível de atividade física, que, conseqüentemente, propiciam o desenvolvimento de doenças crônicas. Mais que a doença crônica é o desuso das funções fisiológicas que pode criar mais problemas (4).

Do ponto de vista da saúde pública, investir na qualidade de vida de idosos da comunidade, para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo, deveria ser considerado fundamental para reduzir a necessidade de investimentos em prevenções secundária e terciária, em tratamentos, reabilitação e institucionalização (5). Como ações estratégicas de promoção a saúde visando a saúde do idoso tem-se a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a divulgação do Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa; o incentivo do Programa de Educação Permanente à Distância, implementando atividades de educação permanente na área

do envelhecimento e saúde do idoso; o estabelecimento do Acolhimento por meio da reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde; o estabelecimento da Assistência Farmacêutica; a garantia da Atenção Diferenciada na Internação; o estímulo da Atenção Domiciliar, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pessoas idosas e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde (6). Nesse contexto, a avaliação da capacidade funcional torna-se essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (7). Espera-se que estudos sobre idosos possibilitem orientar e capacitar os profissionais de saúde, a fim de que a assistência não seja baseada apenas no processo de envelhecimento como uma simples etapa do ciclo vital e sim, com suas peculiaridades (8,9). Na literatura existem poucos trabalhos que mostram diferenças na adesão a essas estratégias de acordo com faixa etária.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi comparar entre idosos sexagenários, septuagenários e octagenários aspectos relacionados à percepção de saúde, à adesão a atividades de promoção à saúde e ao desempenho físico-funcional.

## **2 – MÉTODOS**

### *Delineamento, local do Estudo e Aspectos Éticos*

Trata-se de um estudo com delineamento observacional, de caráter transversal e analítico aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer número 10.844-0) (ANEXO A), realizado na 8ª Companhia Regional de Incêndio do Distrito Federal em Ceilândia. Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

### *Amostra*

A amostra de conveniência foi extraída de um banco de dados de 428 idosos da pesquisa “Funcionalidade em idosos comunitários frequentadores do evento Escola de Avós de Ceilândia – DF”. Esses idosos foram recrutados de abril de 2014 a dezembro de 2016 em programas de atenção à saúde do idoso da cidade de Ceilândia – DF. Foram selecionados idosos comunitários, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que participaram pelo menos uma vez do evento “Escola de Avós” entre os anos de 2014 e 2016. Foram excluídos do estudo os idosos com dados faltantes para a variável idade.

### *Variáveis e instrumentos de medida*

As variáveis de estudo foram categorizadas em três grupos: variáveis demográficas, clínicas e físicas e funcionais. As variáveis demográficas incluíram idade e sexo. As variáveis clínicas incluíram a percepção do estado de saúde, participação em grupos dos centros de saúde, prática de exercício físico regular e histórico de queda no ano anterior. As variáveis físicas e funcionais incluíram mobilidade corporal, equilíbrio dinâmico, força muscular de membros superiores e membros inferiores.

A percepção do estado de saúde foi investigada questionando-se ao idoso como ele considera seu estado de saúde, com possibilidade de resposta: 1. Muito bom, 2. Bom, 3. Regular, 4. Ruim ou 5. Muito ruim. Essas percepções de estado de saúde foram agrupadas em três grupos para as análises: 1 Muito bom ou bom, 2. Regular e 3. Ruim ou muito ruim.

A participação em grupos dos centros de saúde foi investigada questionando-se ao idoso se ele frequentava o centro de saúde da sua região e em caso afirmativo

se participava de algum grupo do centro de saúde: 1. Prática integrativa de saúde, 2. Diabetes e/ou 3. Hipertensão Arterial.

A prática de exercício físico regular foi investigada considerando-se a prática de pelo menos 150 minutos de exercício físico por semana.

A força muscular de membros superiores foi investigada por meio da medida de força de preensão palmar utilizando um dinamômetro hidráulico de preensão palmar da marca Seahen®. Foi calculada a média entre três leituras da força da mão dominante do idoso em quilogramas/força [Kg/f]. Já a força muscular de membros inferiores foi investigada por meio do teste cronometrado de levantar-se e sentar-se 5 vezes.

O equilíbrio corporal dinâmico foi investigado por meio do teste step alternado. O idoso foi orientado a bater oito vezes os pés alternadamente num degrau de 15 centímetros de altura e o tempo para execução desse teste foi cronometrado.

A mobilidade corporal foi investigada por meio do teste Timed Up and Go (TUG). Trata-se de um instrumento clínico, simples, que não requer equipamento específico e que demonstrou boa confiabilidade teste-reteste ( $ICC = 0,95$ ) e interexaminadores ( $ICC=0,98$ ) (10). Para realização do teste TUG foi solicitado que, após o comando verbal do avaliador, a participante se levante de uma cadeira sem braços com medidas padronizadas (43 cm), sem ajuda dos membros superiores, caminhasse o mais rápido possível por 3 metros, giresse 180 graus, retornesse e se sentasse novamente na cadeira.

#### *Procedimentos gerais*

A coleta dos dados demográficos, clínicos e físico-funcionais foi realizada em um único dia, por examinadores treinados, com duração de aproximadamente uma

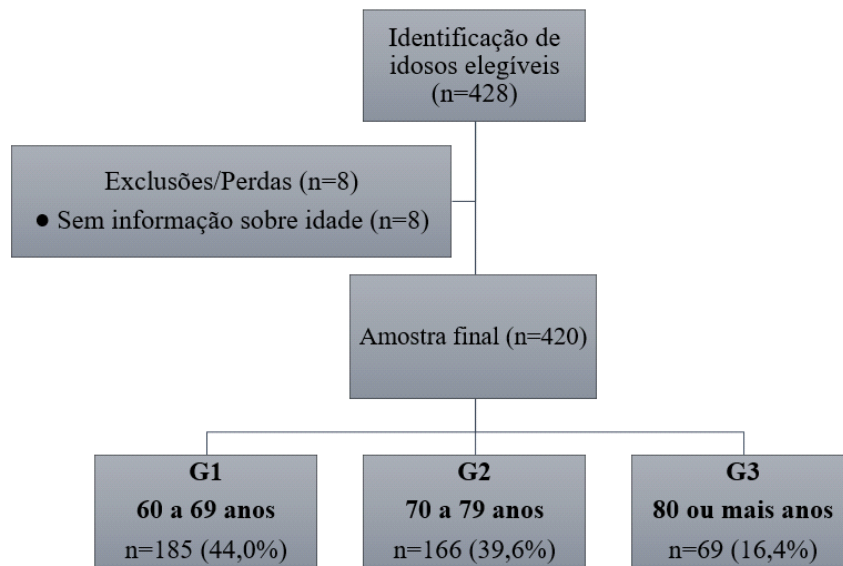
hora. Inicialmente foram coletados os dados demográficos e clínicos e ao final foram realizados os testes de desempenho físico-funcional observado.

#### *Análise dos dados e Métodos estatísticos*

A distribuição não normal dos dados foi identificada por meio do teste Kolmogorv-Smirnov. Os dados categóricos foram apresentados em porcentagem e frequência absoluta e comparados entre os grupos por meio do teste Qui-quadrado. Os dados contínuos foram expressos em média e desvio-padrão e comparados entre os grupos por meio do teste Kruskal-Wallis com post hoc automático. As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

### **3 – RESULTADOS**

No período do estudo foram avaliados para elegibilidade 428 idosos que participaram das “Escolas de Avós de Ceilândia” entre 2016 e 2018, dos quais oito não tinham preenchida a informação sobre idade na ficha de avaliação. Portanto, foram incluídos nas análises do estudo dados de 420 idosos (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma da amostra

As comparações das características demográficas, clínicas, físicas e funcionais da amostra estão apresentadas na Tabela 1. O grupo de idosos octagenários apresentou um percentual significativamente menor de mulheres, apresentou-se mais sedentário, relatou menor participação em grupos dos centros de saúde, revelou maior frequência de quedas no ano anterior que os demais grupos, e maior percentual de idosos avaliou seu estado de saúde como muito bom/bom ou ruim/muito ruim. Esses idosos apresentaram pior mobilidade funcional e maior desequilíbrio dinâmico quando comparados aos idosos sexagenários. E menor força muscular de membros inferiores quando comparados aos idosos septuagenários e sexagenários.



**Tabela 1.** Caracterização demográfica, clínica, física e funcional da amostra.

Variável	G1 60 a 69 anos (n=185)	G2 70 a 79 anos (n=166)	G3 80 ou mais anos (n=69)	p- valor
<b>Características demográficas</b>				
Idade†	64,37 (2,597)	73,65 (2,412)	84,95 (3,413)	---
Sexo‡				
Feminino	81,1 (150)	78,3 (130)	59,4 (41)	0,001
Masculino	18,9 (35)	21,7 (36)	40,6 (28)	
<b>Características clínicas</b>				
Percepção do estado de saúde‡				<0,001
Muito bom ou bom	29,1 (53)	30,9 (51)	43,5 (30)	0,006
Regular	53,8 (98)	49,1 (81)	23,2 (16)	
Ruim ou muito ruim	17,0 (31)	20,0 (33)	33,3 (23)	
Participação em grupos de saúde (sim)‡	36,4 (55)	23,6 (35)	16,7 (9)	
Exercício físico regular (sim)‡	57,2 (87)	46,6 (61)	25,9 (15)	<0,001
Relato de quedas prévias (sim)‡	34,5 (38)	46,2 (48)	56,0 (28)	0,029
<b>Características físicas e funcionais</b>				
Mobilidade corporal (TUG – s)†	12,34 (6,214)	13,34 (6,039)	18,06 (16,544)>G1	0,011
Equilíbrio dinâmico (Step Alternado – s)†	11,48 (5,562)	15,43 (10,088)>G1	18,03 (10,515)>G1	<0,001
Força muscular de MMII (TLS – s)†	13,87 (5,634)	15,29 (6,794)>G1	20,16 (9,331)>G1; >G2	<0,001
Força muscular de MMSS (FPP – Kgf)†	21,76 (7,181)	22,17 (6,110)	22,26 (9,314)	0,132

<sup>†</sup>Média (Desvio-padrão). <sup>‡</sup>Percentual (Frequência absoluta). <sup>†</sup>Médias comparadas pelo teste Kruskal-Wallis com post-hoc automático. <sup>‡</sup>Teste qui-quadrado. \*p<0,05 para comparação intergrupo. Para cada variável com médias significativamente diferentes a letra do grupo com menor média aparece ao lado da média do grupo com maior média.

#### 4 – DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi comparar aspectos relacionados à percepção de saúde, à adesão a atividades de promoção à saúde e ao desempenho físico-funcional entre idosos sexagenários, septuagenários e octagenários que frequentaram eventos de promoção à saúde. Observou-se uma maior adesão de homens octagenários a eventos de promoção de saúde quando comparados às outras faixas etárias. Idosos octagenários participaram menos em grupos dos centros de saúde, apresentaram-se mais inativos fisicamente, com pior mobilidade e equilíbrio corporal, menor força muscular de membros inferiores e apresentaram maior frequência de quedas quando comparados aos sexagenários, entretanto perceberam mais positivamente seu estado de saúde.

Em relação ao sexo, houve prevalência de mulheres entre os idosos avaliados. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (11–14), o que se deve à maior probabilidade de sobrevivência entre as mulheres. É o fenômeno denominado "feminização da velhice", associado a fatores que vão do biológico ao cultural (11,15). O aumento da expectativa de vida para cerca de 70 anos fez muitas coisas mudarem no campo do envelhecimento e da velhice, pois agora há a possibilidade de desenvolver novas habilidades, de viver melhor e de realizar alguns sonhos da juventude e que em outras épocas poderiam ser considerados inadequados para essa idade. As mudanças na condição social das mulheres criou novas oportunidades permitindo-lhes viver sem o alto grau de discriminação de antigamente, com mais direitos e oportunidades (13). Embora no presente estudo apesar da maior prevalência de mulheres, observou-se que entre octagenários o percentual de homens aumenta, ou seja, quanto mais velhos (acima dos 80 anos) maior a participação em eventos de promoção de saúde.

Entre os idosos avaliados, os octagenários apresentaram pior mobilidade funcional, pior equilíbrio e menor força muscular de membros inferiores quando comparados com idosos mais novos, convergindo com achados de outros estudos (16). A pior mobilidade funcional pode indicar problemas que afetam o equilíbrio dos idosos nas suas atividades de vida diária (17). A reduzida força nos membros inferiores pode causar impacto negativo importante para a funcionalidade dos idosos, especialmente no que diz respeito à ocorrência de quedas (18), evidente no estudo com resultados semelhantes a Hauser et al. (19). O idoso sofre com a perda do processo de equilíbrio, já que seu corpo responde lentamente e já não há uma força muscular para controlar os movimentos (20), neste estudo o grupo de idosos

octogenários apresentou maior desequilíbrio dinâmico comparado com os idosos sexagenários, achado semelhante ao de Hauser et al. (19).

Com relação à prática de exercício físico regular, os idosos octagenários apresentaram-se mais sedentários e relataram participar menos de atividades desenvolvidas nos centros de saúde. Para se reduzir o índice de inatividade física, se faz necessário compreender o fenômeno da adesão a essas atividade (21). Diversos autores nos últimos anos vêm se dedicando aos estudos sobre os fatores associados à prática da atividade física (21,22). Há uma diversidade de fatores relacionados à atividade física em adultos: demográficos e biológicos; psicológicos, cognitivos e emocionais; culturais e sociais; ambientais. Assim, a prática da atividade física demonstra uma complexidade e diversidade dos aspectos que podem influenciar a sua realização (21).

O grupo de idosos octagenários também apresentou maior prevalência de relato de quedas coincidindo com vários estudos nessa linha temática (23,24). O envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando as quedas. Uma das formas de minimizar essa perda decorrente do envelhecimento é a prática de atividades físicas. No presente estudo, idosos sedentários apresentaram uma maior prevalência de quedas, embora o delineamento transversal não permita a confirmação de causalidade nessa associação.

Observe-se que a percepção do estado de saúde entre faixas etárias, o grupo dos idosos mais velhos (octogenários) do presente estudo, percebem sua saúde como muito bom ou bom, mesmo estando mais debilitados físico-funcionalmente, o que significa um alto índice de independência nessa população, esse resultado é semelhante ao observado em estudos em Portugal, China e no próprio Brasil (14,25,26). Isso pode sugerir que a medida que envelhecemos para idade mais

avançadas nos tornamos mais resilientes e a nossa percepção do nosso estado de saúde é mais otimista/positiva.

No presente estudo, tivemos um tamanho amostral relativamente grande de idosos das três faixas etárias, entretanto deve-se ter cautela na interpretação dos resultados, considerando que todos os dados foram sempre coletados no mesmo tipo de evento de promoção à saúde. Tendo em vista que a população idosa no Brasil vem crescendo de forma acelerada e tende a aumentar nas próximas décadas, nossos achados podem incentivar os profissionais envolvidos no cuidado do idoso longo a reformular as estratégias de promoção à saúde, tornando-as mais acessíveis e atrativas para esse grupo.

## **5 – CONCLUSÃO**

Concluindo, observou-se que idosos octagenários apresentam maiores deficiências em componentes de força muscular e equilíbrio corporal com maiores limitações em atividades de mobilidade e para levantar-se e sentar-se em uma cadeira e são menos participativos em ações de promoção de saúde e prática de exercício físico.

## **REFERÊNCIAS**

1. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012;21(4):539–48.
2. Minayo MC de S, Firmo JOA. Longevity: Bonus or onus? *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):4.
3. Gonçalves R, Gurjão ALD, Gobbi S. Efeitos de oito semanas do treinamento de força na flexibilidade de idosos. *Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum*. 2007;9(2):145–53.
4. Matsudo SM, Matsudo VKR BNT. Malignant hemangioendothelioma of the liver. Case report and review of literature. *Rev Bras Ciência e Mov*. 2000;8:21–

- 32.
5. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005;62.
6. Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT da, Cestari ME, Lunard VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acts Paul Enferm* [Internet]. 2008;21(4):649–53. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a18v21n4.pdf>
7. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):655–62.
8. Lima JC, Pedrosa JM, Floriano LA, Miguéis G da S, Azevedo RC de S. Perfil de saúde de idoso em unidades de saúde da família num município de Mato Grosso. *Rev Eletronica Gestão Saúde*. 2014;3132–46.
9. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IM da C, Boery RNS de O, Ciosak SI. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. *Rev Cuid*. 2018;9(3):1–16.
10. Piva SR, Fitzgerald GK, Irrgang JJ, Bouzubar F, Starz TW. Get Up and Go Test in Patients with Knee Osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(2):284–9.
11. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibeling LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2014;17(1):79–86.
12. Sousa NF da S, Lima MG, Cesar CLG, Barros MB de A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2018;34(11):e00173317.
13. Madureira VSF, Peliser SR, Beltrame V, Stamm M. Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde TT - Elderly women talking about aging: subsidies for promoting health. *REME rev min enferm* [Internet]. 2008;12(1):17–26. Available at: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-508636>
14. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo explorat??rio na popula????o portuguesa. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):364–71.
15. Silva AC da. Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiânia-GO. Florianópolis - SC. 2005;
16. Danielewicz AL, d'Orsi E, Boing AF. Renda contextual e incidência de incapacidade: resultados da Coorte EpiFloripa Idoso. *Rev Saude Publica*. 2019;53(1):1–10.
17. Carlos Araujo Silva J, Ahmad Hazime F, Oliveira Campelo G, Nascimento da Silva L, Dayanne Alves Ribeiro M, Brito Oliveira S. Capacidade de manutenção postural em diferentes atividades funcionais de idosos hipertensos e não hipertensos. *Rev Bras em promoção da Saúde*. 2017;30(1):22–9.
18. Alfieri FM, Kutz NOV e SNA, Salgueiro MMH de A de O. Relações entre equilíbrio, força muscular, mobilidade funcional, medo de cair e estado nutricional de idosos da comunidade. *Rev Kairós Gerontol*. 2016;19(2):147–65.
19. Hauser E, Martins VF, Teixeira AR, Zabaleta AD, Gonçalves AK. Relação entre força muscular e equilíbrio de idosos no programa de equilíbrio\*. *ConScientiae Saúde*. 2014;12(4):580–7.
20. Gnoato K, Karen Juliane de Godoy, Moises L de MD. Distúrbio do equilíbrio

- em idoso [Internet]. Vol. 157, EFDeportes - Revista Digital. 2011. Available at: <https://www.efdeportes.com/efd157/disturbio-do-equilibrio-em-idoso.htm>
21. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz Rev Educ Física UNESP. 2010;16:1024–32.
  22. Sallis JF, Owen N. Atividade física e medicina comportamental. In: Physical Activity & Behavioral Medicine. 1999. p. 110–3.
  23. Coelho Fabrício SC, Partezani Rodrigues RA, Lobo da Costa M. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saude Publica. 2004;38(1):93–9.
  24. Siqueira F V., Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saude Publica. 2007;41(5):749–56.
  25. Yi Z, Vaupel JW. Functional capacity and self-evaluation of health and life of oldest old in China. J Soc Issues. 2002;58(4):733–48.
  26. Nogueira SL. Capacidade funcional, nível de atividade física e condições de saúde de idosos longevos: um estudo epidemiológico. Minas Gerais - MG. 2008;

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto **“FUNCIONALIDADE EM IDOSOS COMUNITÁRIOS FREQUENTADORES DO EVENTO “ESCOLA DE AVÓS” DE CEILÂNDIA/DF”**. O nosso objetivo é descrever e analisar as características funcionais (perfil) dos idosos comunitários que frequentam o evento de promoção de saúde “Escola de Avós” de Ceilândia/DF, utilizando duas entrevistas sobre sua capacidade de realizar as atividades do dia a dia e exames físico-funcionais de caminhar, pisar em degraus, levantar e sentar de cadeiras e de força da mão. Este é um tema bastante relevante não somente para os idosos e para o envelhecimento saudável, mas para a identificação das possíveis dificuldades de desempenho funcional nas atividades cotidianas e para o conhecimento e esclarecimento dos profissionais de saúde sobre as características dos idosos que procuram projetos de promoção de saúde, para que possam traçar futuramente novas estratégias de intervenção.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Esclarecemos que não haverá riscos à sua saúde. A sua participação será através de dois questionários que você deverá responder e exames físico-funcionais de força da mão, levantar e sentar na cadeira, caminhar e pisar sobre um degrau, com tempo estimado de 30 minutos para preenchimento e execução dos testes. Todos esses procedimentos serão realizados uma única vez no circuito funcional de um dos eventos “Escola de Avós” de Ceilândia, que acontece mensalmente. Durante os exames físicos um pesquisador sempre ficará ao seu lado para garantir segurança. Não existe obrigatoriamente um tempo pré-determinado para responder o questionário nem para realizar os exames. Será respeitado o seu tempo para responder e realizar os exames, entretanto, afirmamos que a duração das avaliações não será exaustiva ou penosa para o(a) senhor(a). Informamos que o(a) senhor(a) pode optar ou não em participar do estudo, bem como se recusar a responder qualquer pergunta que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo ou penalização para o(a) senhor(a) por parte da instituição e/ou pesquisadores.

Cabe ressaltar que não haverá custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo e, ainda, a fim de garantir sua privacidade seu nome não será revelado bem como não aparecerá em nenhum relatório ou publicação.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na “Escola de Avós” de Ceilândia-DF e na Universidade de Brasília – Campus Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, e deseje algum esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa, por favor telefone para: Ms. Patrícia Azevedo Garcia, na Universidade de Brasília - Campus Ceilândia, telefone (61) 3107-8400 ou (61) 8111-4322, ou Dra. Kátia Vanessa Pinto Menezes, na Universidade de Brasília – Campus Ceilândia, telefone (61) 2107-8400 ou (61) 8513-6338, no horário das 08:00 às 18:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com você.

Por fim, pedimos, caso concorde em participar desta pesquisa, por gentileza, a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação ao convite e sua disposição em contribuir nesta pesquisa.

Cordialmente,

Nome do pesquisador responsável: Patrícia Azevedo Garcia

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**APÊNDICE B – Ficha de Avaliação clínica das Escolas de Avós**

<b>ESCOLA DE AVÓS</b> <b>Avaliação breve do estado de saúde</b>						
<b>MÊS</b>	( ) Janeiro (1)	( ) Março (3)	( ) Maio (5)	( ) Julho (7)	( ) Setembro (9)	( ) Novembro (11)
<b>2016</b>	( ) Fevereiro (2)	( ) Abril (4)	( ) Junho (6)	( ) Agosto (8)	( ) Outubro (10)	( ) Dezembro (12)
Centro de Saúde: _____						
Nome (IDENTIDADE!): _____						
Tel.: _____				Cel.: _____		
Data de Nascimento (IDENTIDADE!): ____/____/____				Idade: _____ anos		
Sexo ( ) Feminino (1) ( ) Masculino (2)						
1) Já frequentou outras ESCOLAS DE AVÓS aqui nos bombeiros?				( ) Não (1) ( ) Sim (2)		
2) De um modo geral você considera o seu próprio estado de saúde:						
( ) Muito bom (1) ( ) Bom (2) ( ) Regular (3) ( ) Ruim (4) ( ) Muito ruim (5)						
3) Frequenta o Centro de Saúde da sua área?						
( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
Faz parte de algum GRUPO no Centro de Saúde?						
( ) Não (1) ( ) Sim (2). Qual?						
( ) PIS (Prática Integrativa de Saúde) (1) ( ) Diabetes (2) ( ) Hipertensão (3)						
4) Nas últimas semanas você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde? (trabalhar, ir à igreja, encontrar com parentes e amigos, tarefas domésticas, fazer compras, etc.)						
( ) Não (1) ( ) Sim (2) Quantos dias você deixou de realizar suas atividades habituais? _____ dias						
5) Qual o principal motivo que te impediu de realizar suas atividades habituais nas últimas semanas?						
( ) Diarréia ou vômito (1) ( ) Problemas Respiratórios (2) ( ) Problema emocional ou mental (3) ( ) Problema odontológico (4) ( ) Sofreu queda (5) ( ) Problema no coração ou Pressão (6) ( ) Agressão (7) ( ) Acidente de trânsito (8) ( ) Gripe/resfriado/indisposição (9) ( ) Febre (10) ( ) Dor na coluna, joelhos ou dificuldade de se locomover (11)						
( ) Outros motivos (12). Informar qual: _____ (dor de cabeça, tontura, internação, infecção urinária)						
6) Nas últimas 4 semanas esteve ACAMADO ? ( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
7) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar:						
( ) Centro de Saúde ou Posto (1) ( ) Pronto Socorro ou Emergência (2) ( ) Ambulatório ou consultório do convênio médico (3) ( ) Farmácia (4) ( ) Consultório particular (5)						
8) Na última vez que utilizou o sistema público de saúde, você considerou o atendimento:						
( ) Muito bom (1) ( ) Bom (2) ( ) Regular (3) ( ) Ruim (4) ( ) Muito Ruim (5)						
9) Faz atividade física regularmente? (150 minutos por semana) ( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
10) Pressão arterial (medida casual): PA ( _____ x _____ mmHg)						
Tem diagnóstico anterior de hipertensão arterial? ( ) Não <sup>(1)</sup> ( ) Sim <sup>(2)</sup> Se sim, usa regularmente os medicamentos? ( ) Não <sup>(1)</sup> ( ) Sim <sup>(2)</sup>						
11) Glicemia capilar: ( _____ mg/dl)						
Tem diagnóstico anterior de diabetes? ( ) Não (1) ( ) Sim (2) Se sim, usa regularmente os medicamentos? ( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
12) Osteoporose						
Você tem diagnóstico de Osteoporose? ( ) Não (1) ( ) Sim (2) ( ) Não sabe (3)						
IOF – quantidade de fatores de risco: _____						
13) Odontologia						
Exame oral? ( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
Lesão suspeita na boca? ( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
Sabe higienizar a prótese? ( ) Não (1) ( ) Sim (2)						
Última consulta odontológica: _____ meses						



**APÊNDICE C - Ficha de Avaliação Funcional das Escolas de Avós**

	GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	
--	--	--

**PROJETO ESCOLA DE AVÓS E OFICINA DE QUEDAS – FICHA DE AVALIAÇÃO – DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017**

<b>DADOS PESSOAIS:</b>				
Nome: _____				
Telefones: _____				
Sexo	( ) Feminino (1)	( ) Masculino (2)		
Data de Nascimento: ____/____/____			Idade: ____ anos	
Escolaridade: ____ anos de estudo				
<b>HÁBITOS DE VIDA:</b>				
Prática de exercício regular (150 minutos)		( ) não (1)	( ) sim (2) Tipo: _____	
<b>DADOS CLÍNICOS:</b>				
<b>Condições Clínicas - diagnosticadas:</b>				
Osteoporose	( ) não (1)	( ) sim (2)	Tem densitometria óssea em casa?	( ) não (1) ( ) sim (2)
Osteoartrose	( ) não (1)	( ) sim (2)		

FATOR	AVALIAÇÃO		FATOR DE RISCO?	
			NÃO (1)	SIM (2)
<b>QUEDA</b>	Você teve uma ou mais quedas nos últimos 12 meses?	QUANTIDADE? _____ LOCAL: ( ) domicílio (1) ( ) fora do domicílio (2) ( ) no domicílio e fora do domicílio (3)	NÃO (1)	SIM (2)
<b>MEDICAÇÃO</b>	Quatro ou mais (excluindo vitaminas e suplementos alimentares)	QUANTIDADE: _____	NÃO (1)	SIM (2)
	Algum psicotrópico (uso de qualquer droga psicotrópica)	<b>PSICOTRÓPICO:</b> _____	NÃO (1)	SIM (2)
<b>MASSA CORPORAL:</b>	_____ kg	<b>Classificação OMS:</b> ( ) < 16 - Magreza Grave (1) ( ) 16 – 16,99 - Magreza Moderada (2) ( ) 25 – 29,99 - Pré-obesidade (5) ( ) 30 – 34,99 - Obesidade Classe I (6) ( ) 35 – 39,99 - Obesidade Classe II (7)		
<b>ESTATURA:</b>	_____ m			
<b>IMC:</b>	_____ Kg/m <sup>2</sup>			
( ) 17 – 18,49 - Magreza Leve (3) ( ) 18,5 – 24,99 – Eutrofia (4)	( ) >= 40 - Obesidade Classe III (8)			
Teste de Step alternado – incapaz de completar em 10 segundos		_____ s	NÃO (1)	SIM (2)
Teste de sentado para de pé – incapaz de completar em 12 segundos		_____ s	NÃO (1)	SIM (2)
<b>TOTAL DE FATORES DE RISCO QUICKSCREEN</b>				

SPPB							
Teste		Comando	Pontuação				
1A. Posição em pé com os pés juntos		Posicionar o paciente. "Preparar, já". "Pronto, acabou"	Manteve por 10 s	( ) 1 ponto			
			Não manteve por 10s	( ) 0 ponto			
			Não tentou	( ) 0 ponto			
			Tempo de execução quando for menor que 10 s	_____ s			
1B. Posição em pé com um pé parcialmente à frente do outro (semitandem)		Posicionar o paciente. "Preparar, já". "Pronto, acabou"	Manteve por 10 s	( ) 1 ponto			
			Não manteve por 10s	( ) 0 ponto			
			Não tentou	( ) 0 ponto			
			Tempo de execução quando for menor que 10 s	_____ s			
1C. Posição em pé com um Posicionar o paciente. pé à frente do outro (tandem)		"Preparar, já". "Pronto, acabou". Manteve por 3 a 9,99s ( ) 1 ponto	Manteve por 10 s	( ) 2 pontos			
			Manteve por menos de 3 s	( ) 0 ponto			
			Não tentou	( ) 0 ponto			
			Tempo de execução quando for menor que 10 s	_____ s			
<b>PONTUAÇÃO TOTAL DOS TESTES DE EQUILÍBRIO:</b>							
2. Teste de velocidade de marcha (3 metros)		Explique o teste. "Preparar, já". Pare após um dos pés ultrapassar a linha final.	Tempo da primeira tentativa	_____ s			
			Tempo da segunda tentativa	_____ s			
			Não conseguiu realizar a caminhada	( ) 0 ponto			
			Tempo maior que 6,52 s	( ) 1 ponto			
			Tempo de 4,66 a 6,52 s	( ) 2 pontos			
			Tempo de 3,62 a 4,65 s	( ) 3 pontos			
3. Teste de levantar e sentar da cadeira 1 vez		Levante-se completamente.	Tempo menor que 3,62 s	( ) 4 pontos			
			Levantou sem ajuda e com segurança	( ) Sim ( ) Não			
			O paciente usou os braços para levantar	( ) 0 ponto			
			Teste não completado ou não realizado	( ) 0 ponto			
Levantar e sentar da cadeira 5 vezes		Preparar, já.	Registre o tempo:	_____ s			
			Não conseguiu levantar-se 5 vezes ou completou o teste em tempo > 60s	( ) 0 ponto			
			Tempo de 16,70 s ou mais	( ) 1 ponto			
			Tempo de 13,70 a 16,69 s	( ) 2 pontos			
			Tempo de 11,20 a 13,69	( ) 3 pontos			
			Tempo de 11,19 s ou menos	( ) 4 pontos			
<b>PONTUAÇÃO</b>			Pontuação total do teste de equilíbrio:				
Pontuação do teste de levantar e sentar			Pontuação do teste de velocidade de marcha:				
			Pontuação total				
<b>FORÇA DE PREENSÃO PALMAR – Membro superior dominante</b>							
1ª. medida	_____ Kgf	2ª. Medida	_____ Kgf	3ª. Medida	_____ Kgf		
<b>MÉDIA DA FPP:</b>		<b>HOMENS –</b>	IMC 24 IMC = 24,1-26	FPP > 29 FPP > 30	IMC = 26,1-28 IMC > 28	FPP > 30 FPP > 32	
		<b>MULHERES –</b>	IMC 23 IMC = 23,1-26	FPP > 17 FPP > 17,3	IMC = 26,1-29 IMC > 29	FPP > 18 FPP > 21	

**ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília**

	<p>FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB</p>	
<p><b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b></p>		

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FUNCIONALIDADE EM IDOSOS COMUNITARIOS FREQUENTADORES DO EVENTO ESCOLA DE AVÓS DE CEILÂNDIA DF

**Pesquisador:** Patrícia Azevedo Garcia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 23018113.4.3001.0030

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 610.844-0

**Data da Relatoria:** 12/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

O processo de envelhecimento da população torna-se cada vez mais notável e acompanhado por diversas alterações fisiológicas que influenciam nas capacidades funcionais, podendo refletir em possíveis comprometimentos do equilíbrio, da motilidade e do desempenho satisfatório das atividades cotidianas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever e analisar o perfil funcional de idosos comunitários frequentadores do evento de promoção de saúde Escola de Avós - Ceilândia - DF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos da participação do voluntário são mínimos. O voluntário poderá sentir algum cansaço nas pernas durante a avaliação do teste de levantar e sentar cinco vezes, mas que desaparecerá com o tempo. Para avaliação do equilíbrio, o examinador permanecerá sempre ao lado e/ou atrás do voluntário para garantir segurança. Para evitar o cansaço durante os testes serão fornecidos intervalos de descanso durante e entre os testes. Os testes serão imediatamente interrompidos a pedido do voluntário ou diante de qualquer sinal ou sintoma diferente do normal, sendo tomadas as providências necessárias.

Endereço: Faculdade de Ciências de Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3700 E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 010.044-0

**Benefícios:** Este é um tema bastante relevante não somente para os idosos e para o envelhecimento saudável, mas para I) a identificação das possíveis dificuldades de desempenho funcional nas atividades cotidianas dos idosos que frequentam eventos de promoção de saúde; II) o conhecimento e esclarecimento dos profissionais de saúde sobre as características dos idosos que procuram projetos de promoção de saúde e III) para contribuir para discussões profissionais na saúde sobre estratégias futuras de abordagem e intervenção em idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo observacional, transversal analítico, a ser realizado nos eventos de promoção de saúde mensais "Escola de Avós - Ceilândia - DF", que acontecem nas instalações da 8ª Companhia Regional de Incêndio da Ceilândia. O estudo envolve: realização de testes físico-funcionais de modo a avaliar a força de preensão palmar, a mobilidade e o equilíbrio; o tempo de reação do idoso e a instabilidade lateral.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram adequadamente apresentados: Folha de Rosto assinada pela enfermeira coordenadora do Programa de Atenção ao Idoso; Termo de Concordância assinado pela coordenadora da Escola de Avós da Ceilândia; Currículo das pesquisadoras; TCLE.

**Recomendações:**

Esclarecer sobre o local de aplicação dos instrumentos de coleta de dados (questionário e entrevistas), a fim de garantir o sigilo e o bem estar dos idosos.

Adequar cronograma da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto não apresenta pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apréciação da CONEP:**

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-000

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1047

Fax: (61)3307-3700

E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 610.644-0

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 12 de Abril de 2014

---

Assinador por:  
Natan Monsoreas de Sá  
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 610844 gerado na data 09/04/2014 21:38:28, onde o número CAAE foi alterado de 23018113.4.0000.5553 para 23018113.4.3001.0030.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1047 Fax: (61)3307-3790 E-mail: cepfs@unb.br

## ANEXO B – Normas da Revista Científica

### Instruções aos autores

#### Informações Gerais

A revista ***Geriatrics, Gerontology and Aging*** é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG, a qual veicula artigos que contribuam para a promoção do conhecimento na área de Geriatria e Gerontologia, em suas diversas subáreas e interfaces. A revista tem periodicidade trimestral, aceitando a submissão de artigos em inglês (preferencialmente) ou em português. Seu conteúdo encontra-se disponível em versão eletrônica apenas, acessada por meio do site: <http://www.ggaging.com>

#### Avaliação dos Manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista que atenderem à política editorial e às Instruções aos Autores serão encaminhados aos editores, que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados para pelo menos dois revisores de reconhecida competência na temática abordada.

A revista adota o procedimento de avaliação por pares (*peer review*), realizado de forma sigilosa quanto à identidade tanto dos autores, quanto dos revisores. Para assegurar os princípios deste procedimento, é importante que os autores procurem empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito. No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o editor encaminhará o manuscrito a outro revisor.

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades:

- ☐ aceitação integral;
- ☐ aceitação com reformulações;
- ☐ recusa integral.

Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de proceder a ajustes de gramática, se necessário. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para as alterações devidas. O manuscrito reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Os manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da revista.

Os manuscritos publicados são de propriedade da revista, sendo proibida tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma.

#### Tipos de Artigos Publicados

A revista ***Geriatrics, Gerontology and Aging*** aceita a submissão de artigos originais, artigos de revisão, comunicações breves, artigos especiais, relato de caso, resumos de teses, opiniões, bem como cartas ao editor.

**Editoriais e Comentários.** Esta seção destina-se à publicação de artigos subscritos pelos editores ou aqueles encomendados a autoridades em áreas específicas, devendo ser prioritariamente relacionados a conteúdos dos artigos publicados na revista.

**Artigos Originais.** Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. O número máximo de tabelas e figuras deve ser de cinco, recomendando-se incluir apenas dados imprescindíveis, evitando-se tabelas longas, com dados dispersos ou de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas. Referências bibliográficas estão limitadas ao máximo de 30, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional, incluindo Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios. Veja uma lista de registros aceitáveis no site do ICMJE: <http://www.icmje.org/>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínico deverão ser colocados ao final do(s) resumo(s) do artigo.

**Artigos de Revisão.** Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos estudos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão máxima deve ser de 5.000 palavras, com número máximo de 50 referências bibliográficas, quatro tabelas ou figuras. O resumo deve limitar-se a 250 palavras.

**Comunicações Breves.** São artigos resumidos destinados à divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância na área de Geriatria e Gerontologia. Devem ter no máximo 1.600 palavras (excluindo tabelas, figuras e referências), uma tabela ou figura e, no máximo, 20 referências bibliográficas. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, fazendo-se exceção aos resumos, que não são estruturados e devem ter até 250 palavras.

**Artigos Especiais.** São manuscritos entendidos pelos editores como de especial relevância e que não se enquadram em nenhuma das categorias acima. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto às referências bibliográficas.

**Cartas ao Editor.** Seção destinada à publicação de comentários, discussão ou críticas de artigos da revista. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, podendo incluir de cinco a dez referências bibliográficas. Deverá ser submetido em até três meses após a publicação do artigo original. Os autores têm até um mês para responder à carta, se necessário.

**Relato de caso.** Incluem artigos que relatam casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras. Deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso, Investigação, Diagnóstico diferencial e Comentários (*Abstract, Objective, Case description, Investigations, Differential diagnosis and Comments*). Para relato de casos, não é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, apenas cópia do Termo de Consentimento de publicação assinado pelo paciente ou responsável legal. Devem ter até 900 palavras (mais 150 palavras do resumo) e 20 referências bibliográficas. Podem ser enviados à pareceristas e serem submetidos ao processo de *peer review*.

**Resumo de Tese.** Reprodução do resumo/abstract da Tese ou Dissertação de Mestrado.

**Opiniões.** Esta seção inclui opiniões e posicionamentos relevantes para a prática clínica e para a pesquisa. Devem ter de 800 a 1.600 palavras (facultado o uso de uma tabela ou figura) e, no máximo, 10 referências bibliográficas.

#### **Orientações para a Preparação dos Manuscritos**

Os manuscritos devem ser digitados em Word for Windows (inclusive tabelas e, se possível, também as figuras); páginas numeradas com algarismos arábicos; letras do tipo Arial, cor preta, corpo 12, espaço duplo, com bordas de 3 cm acima, abaixo e em ambos os lados.

#### **Devem ser apresentados com as seguintes partes e sequência:**

Folha de rosto: Deve incluir:

- ☐ título completo do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres;
- ☐ título abreviado do manuscrito com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português e inglês;
- ☐ nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um;
- ☐ descrição da contribuição para o estudo de cada um dos autores;
- ☐ dados do autor para correspondência, incluindo o nome, endereço, telefone(s), fax e e-mail.

Resumo: todos os artigos submetidos deverão ter resumo em português e em inglês (*abstract*), com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Para os artigos originais e especiais assim como comunicações breves, os resumos devem ser estruturados incluindo objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para Relatos de Caso e Opiniões, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas preferencialmente com as mesmas informações. Editoriais, Comentários, Cartas ao Editor e Resumo de Tese não demandam Resumo. Nenhum Resumo deve conter citações ou abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS - [www.bireme.br](http://www.bireme.br)), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings- MeSH ([www.nlm.nih.gov/mesh/](http://www.nlm.nih.gov/mesh/)), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Artigos de Revisão ou, eventualmente, Artigos Especiais, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos, incluindo as seguintes seções:

- ☐ **Introdução** - Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento (estado da arte) que serão abordadas no artigo.
- ☐ **Métodos** - Deve conter descrição clara e sucinta dos procedimentos adotados; universo e amostra; fonte de dados e critérios de seleção; instrumentos de medida, tratamento estatístico, dentre outros.
- ☐ **Resultados** - Deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações e comparações. Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística.

□ **Discussão**- Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura. É importante assinalar limitações do estudo. Deve culminar com as conclusões, indicando caminhos para novas pesquisas ou implicações para a prática profissional.

□ **Conclusão**: Sucinta e que não ultrapasse 2 parágrafos.

□ **Agradecimentos**: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

□ **Conflito de interesse**: A declaração de conflito de interesse é um elemento importante para a integridade da pesquisa e das publicações científicas. Aplica-se a todos os autores do manuscrito. O termo Conflito de interesse abrange:

a) conflitos financeiros: referem-se a empregos, vínculos profissionais, financiamentos, consultoria, propriedade, participação em lucros ou patentes relacionados a empresas, produtos comerciais ou tecnologias envolvidas no manuscrito;

b) conflitos pessoais: relação de parentesco próximo com proprietários e empregadores de empresas relacionadas a produtos comerciais ou tecnologias envolvidas no manuscrito;

c) potenciais conflitos: situações ou circunstâncias que poderiam ser consideradas como capazes de influenciar a interpretação dos resultados.

□ **Referências bibliográficas**: As referências devem ser listadas ao final do artigo, numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos posicionados como expoente, seguindo a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, baseadas no estilo *Vancouver*. Nas referências com até seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al. As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o *Medline*. Esse número pode suceder o nome(s) do(s) autor(es), conforme exemplificado abaixo. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "&"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão et al.

Exemplo: "Segadas et al<sup>8</sup> chamou a atenção para a necessidade de estudos clínicos envolvendo idosos no Brasil. Um fator que contribuiu para esta preocupação foi a publicação de investigações em outros países sobre iatrogenia na idade avançada<sup>9,12,15</sup>." A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor.

Exemplos:

#### **Livros**

1. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics. 5th. ed. New York: McGraw Hill; 2004.

#### **Capítulos de livros**

1. Sayeg MA. Breves considerações sobre planejamento em saúde do idoso. In: Menezes AK, editor. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter/SBGG; 1994. p. 25-28.

#### **Artigos de periódicos**

1. Ouslander JG. Urinary incontinence in the elderly. West J Med. 1981; 135 (2): 482-491.

#### **Dissertações e teses**

1. Marutinho AF. Alterações clínicas e eletrocardiográficas em pacientes idosos portadores de Doença de Chagas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal da SBGG; 2003.

#### **Trabalhos apresentados em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros**

1. Petersen R, Grundman M, Thomas R, Thal L. Donepezil and vitamin E as treatments for mild cognitive impairment. In: Annals of the 9th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders; 2004 July; United States, Philadelphia; 2004. Abstract O1-05-05.

#### **Artigos em periódicos eletrônicos**

1. Boog MCF. Construção de uma proposta de ensino de nutrição para curso de enfermagem. Rev Nutr [periódico eletrônico] 2002 [citado em 2002 Jun 10];15(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/rn>

#### **Textos em formato eletrônico**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004). Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Available from URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> . Accessed in 1996 (Jun 5).

#### **Programa de computador**

1. Dean AG, et al. Epi Info [computer program]. Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta, Georgia: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.

Para outros exemplos, recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

#### **Tabelas e Gráficos**



Tabelas e figuras devem ser limitados a cinco, em seu conjunto, para artigos originais e especiais (e respeitado o quantitativo indicado para os demais Tipos de Artigos), devendo ser numerados segundo a ordem de citação no texto, com algarismos arábicos. Devem estar inseridas nas últimas páginas do manuscrito, separadas do texto. Não utilizar grade ou traços internos, horizontais ou verticais, nas tabelas; as bordas laterais devem estar abertas. O autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente). Em caso de tabelas, figuras ou quadros extraídos de outras publicações, deve ser enviada, juntamente com o manuscrito, a permissão para reprodução. As notas explicativas, quando necessárias, devem ser colocadas no rodapé das tabelas.

#### Anexos

Deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

#### Abreviaturas e siglas

Deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

#### Autoria

O número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto; o crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Deve-se incluir uma descrição da contribuição de cada um dos autores.

#### Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição de origem a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

#### **Instruções para o Envio dos Manuscritos**

Os manuscritos devem ser submetidos via eletrônica no

endereço: <http://www.editorialmanager.com/gga> O autor para correspondência receberá mensagem acusando recebimento do manuscrito..

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

#### **Resumo de Documentos e Procedimentos**

- ☐ Envio do manuscrito por via eletrônica
- ☐ Verificar a presença de todos os itens da folha de rosto.
- ☐ Incluir resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, em folhas separadas, português e inglês.
- ☐ Incluir resumos narrativos originais em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês.
- ☐ Verificar se o texto está apresentado em fonte Arial, corpo 12 e espaço duplo, com margens de 3 cm, e em formato Word for Windows (inclusive tabelas).
- ☐ Se subvencionado, incluir nomes das agências financiadoras e números dos processos.
- ☐ Incluir documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica.
- ☐ Verificar se as figuras e tabelas estão nos formatos requeridos.
- ☐ A soma de tabelas e figuras não deve exceder a cinco.
- ☐ Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
- ☐ Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
- ☐ Aprovação do estudo por Comitê de Ética da Instituição, para pesquisa com seres humanos, deve constar no texto.

Referência, se for o caso, de conflitos de interesse, aplicável a todos os autores do manuscrito.